Aus der Medizinischen Universitätsklinik Rostock.
Direktor Professor Dr. Curschmann

Ueber Adipositas dolorosa

Inauguraldissertation

der
Medizinischen Fakultät zu Rostock
zur
Erlangung der hohen Doktorwürde

vorgelegt von

Käte Hotop
aus Zittau

Rostock 1933

Dillingen a. Donau
Druck: Schwäbische Verlagsdruckerei G.m.b.H.
1934

Aus der Medizinischen Universitätsklinik Rostock.
Direktor Professor Dr. Curschmann

Ueber Adipositas dolorosa

Inauguraldissertation

der

Medizinischen Fakultät zu Rostock

zur

Erlangung der hohen Doktorwürde

vorgelegt von

Käte Hotop

aus Zittau

Rostock 1933

Dillingen a. Donau

Druck: Schwäbische Verlagsdruckerei G.m.b.H.

1934

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Referent Professor Dr. Curschmann

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552717_0153

Das bis dahin unbekannte Krankheitsbild der Adipositas dolorosa wurde 1888 und 1892 von dem amerikanischen Neurologen Dercum als klinische Einheit abgegrenzt, später von Vitaut erweitert. Dieser diagnostischen Auffassung stimmten aber durchaus nicht alle Autoren bei. H. Zondek lehnt sie ganz ab. Er sieht die Adipositas dolorosa nicht als selbständige Krankheit an, weil er bei Fettsüchtigen verschiedener Genese Druckempfindlichkeit der Fettmassen fand. Er faßt sie vielmehr als eine endokrine Form der Fettsucht auf, bei der die Fettmassen lokalisiert und symmetrisch gelagert sind. Ebenfalls scheint es Thannhauser nicht wahrscheinlich, daß die Adipositas dolorosa eine besondere Form der Fettsucht ist. Wo es sich um eine symmetrische oder asymmetrische, diffuse Fettansammlung schmerzhafter Natur handelt, dürfte nach seiner Ansicht die Erkrankung in die Gruppe der Neurolipomatosis zu rechnen sein. Grafe und ebenso Klieneberger sind der Meinung, daß sich die Dercumsche Krankheit nicht immer scharf gegen die einfache Adipositas mit nervösen Störungen abgrenzen läßt. Sie stellen die Frage, ob überhaupt eine Berechtigung besteht, lediglich wegen der stärkeren Mitbeteiligung des peripheren Nervensystems klinisch oder gar genetisch eine besondere Form der Fettsucht anzunehmen. Strübing bezieht das ganze hysterische Ödem in das Gebiet der Adipositas dolorosa. Auch Stern spricht von einem mehr oder weniger definierten Symptomenkomplex. Französische Autoren, besonders Feré, betrachten die Adipositas dolorosa als eine mit funktioneller Neurose verbundene Fettsucht. Thimm und Cheinisse stellen die Adipositas dolorosa in die Reihe der schmerzhaften symmetrischen Lipome. Hans Curschmann erkennt die von Dercum präzisierte Krankheitsform dagegen als ein ziemlich charakteristisches klinisches Syndrom an, warnt aber vor zu leichtfertiger Diagnostizierung des Leidens. Trotz aller dieser Anfechtungen blieb das Krankheitsbild mit seinem typischen Symptomenkomplex als Lehrbuchsbegriff bestehen. Neue Beobachtungen und therapeutische Erfahrungen kamen hinzu, ohne jedoch das Wesen der eigenartigen Erkrankung völlig klar zu stellen.

Die Adipositas dolorosa oder Dercumsche Krankheit, wie sie nach ihrem ersten Beschreiber benannt wird, tritt hauptsächlich bei Frauen, vorzugsweise im Rückbildungsalter, seltener im vierten Jahrzehnt oder früher auf. Auch Frauen nach operativer oder frühzeitiger Menopause scheinen dafür disponiert zu sein (H. Curschmann).

Die Patienten erreichen oft ein Gewicht von 200 bis 300 Pfund (Hirschfeld), gelegentlich auch nur von 120 bis 140 Pfund (Klieneberger, Jülich, Grafe, Dervis). Das männliche Geschlecht ist nach Deboe wie 1:4, nach Price wie 1:6 gegenüber dem weiblichen von der Krankheit betroffen. Ausnahmsweise soll die Dercumsche Krankheit im Kindesalter vorkommen und scheint in enger Beziehung zum adiposogenitalen Symptomenkomplex zu stehen (Mouriquand, Georges). Auch im höheren Alter, nach Hirschfeld bis zum 82. Lebensjahr, sind schon Fälle beobachtet worden. Im allgemeinen aber dürfte man die Erkrankungsgrenze zwischen das 30. und 50. Lebensjahr setzen. Eine Verschlimmerung der Krankheit nach der Menopause sahen Brugsch, H. Curschmann u. a.

Ätiologie: Die Ätiologie der Erkrankung ist unbekannt. Man findet in der Literatur eine Fülle von verschiedenen Angaben. Familiäres Auftreten scheint äußerst selten zu sein. Nölle berichtet über einen derartigen Fall, bei dem Schwester, Mutter, Onkel und Großvater erkrankt waren. Offenbar trat nach diesen Beobachtungen die Adipositas dolorosa in drei Generationen fünfmal auf. Hammond beschrieb zwei Schwestern (1904), Abrahams Mutter und Tochter (1905), die an der Krankheit litten. H. Curschmann, Eschner, Schiller, Alger, Dercum und Abrahams beobachteten bei Angehörigen der Kranken Neigung zur familiären endogenen Fettleibigkeit, aber nicht Adipositas dolorosa. Dercum, Lichtwitz, Marcu, Debove und Mazio glauben an neuropathische Belastung. Anamnestische Daten für eine derartige Belastung fanden auch Horne und Pasquini. Hysterie und Epilepsie wurden ebenfalls anamnestisch angegeben. Dercum schreibt dem chronischen Alkoholismus eine Bedeutung zu, ebenso Bordoni, Roux, Vitaut, Taylor und von Noorden. Letzterer nimmt an, daß Alkoholismus und auch Lues das hormonopoetische System der Blutdrüsen schädigen können, und daß auf dessen Erkrankung dann die Adipositas dolorosa basiere. Weiterhin werden neben congenitaler Lues aquirierte Lues, Traumen, allgemeine Asthenie, mangelhafte Blutbildung, enges Schnüren, das Tragen von groben schweren Kleidern u. a. m. für die Adipositas dolorosa verantwortlich gemacht, gelegentlich auch chronischer Hydrocephalus, Schädelverletzungen, Diabetes, Geisteskrankheiten usw. Andere Autoren, z. B. H. Curschmann, haben nie Lues oder Alkoholismus bei ihren Kranken festgestellt. Als auslösende Ursache werden alle die Genitalfunktion betreffende Momente angesehen: früh bestehende Menstruationsanomalien, Adnexoperationen, Aborte, Laktation und Hodenatrophie. Häufig soll „Rheumatismus" als Ausgangspunkt dienen (?). Dercum sah Adipositas dolorosa nach fieberhaften Erkrankungen, Fressineau und Marcou nach Influenza, Gudjohnsen nach Typhus auftreten. Aus allen diesen Ausfüh-

rungen, die man noch sehr erweitern könnte, ist ersichtlich, daß die Ätiologie der Krankheit noch völlig ungeklärt ist. Die meisten der angeführten Ursachen sind doch wohl nur als Zufallsmomente anzusehen. Einzig und allein die Genitalfunktion scheint mit der Erkrankung in genetischem Zusammenhang zu stehen.

Symptome: Die Adipositas dolorosa ist nach Dercum in der Hauptsache durch folgende vier Kardinalsymptome charakterisiert: 1. erhebliche Fettablagerungen, 2. hochgradige Schmerzhaftigkeit der Fettmassen, 3. psychisch-nervöse Störungen, 4. Adynamie.

Die beiden erstgenannten müssen nach Dercum unbedingt vorhanden sein, um die Adipositas dolorosa als Einheit zu charakterisieren, die beiden letzteren sind nicht in jedem Falle ausgesprochen.

Die Fettablagerungen können in den einzelnen Fällen sehr verschieden lokalisiert sein. Dercum und Vitaut unterscheiden:

1. knotenförmige, asymmetrisch angeordnete Fettgeschwülste,
2. diffuse, nicht scharf abgegrenzte Fettwucherungen,
3. allgemeine, diffus verteilte Fettansammlungen, die der gewöhnlichen Adipositas am ähnlichsten sehen und ganze Körperteile befallen.

Nach Ansicht vieler Autoren (H. Curschmann, Falta) ist diese Einteilung zu schematisch, da oftmals eine Form in die andere übergeht. Nach Lichtwitz zeigen knotige und umschriebene Fettwucherungen keine Neigung zu Progredienz oder zum Übergang in die diffuse Lipomatose.

Die krankhaften Fetteinlagerungen lokalisieren sich am Stamm und an den Extremitäten und können dort eine enorme Ausdehnung erreichen. In ganz wenigen Fällen ist die Adipositas über den ganzen Körper verteilt. Grafe beschreibt einen solchen Fall. Fettansammlung im Gesicht ist ein einziges Mal von Kerl beschrieben. In allen anderen Fällen bleiben Hals, Gesicht und distale Enden der Extremitäten frei. Manchmal können sogar Vorderarme und Unterschenkel durch ihre Zierlichkeit gegenüber der Fettansammlung im Bereich der Schultern und Mammae, des Bauches und der Nates auffallen.

Für die dritte der angeführten Formen ist das Herabhängen in Schürzenform der Fettmassen des Bauches typisch. Es kann so weit reichen, daß die Fettmassen noch einen Teil der Oberschenkel bedecken. Camus beschreibt einen Fall, bei dem der Leib bis über die Knie herabhing.

Das Fettpolster ist nicht gleichmäßig auf der ganzen Unterfläche verteilt, sondern in lipomartigen 3—5-Markstück- ja sogar hühnereigroßen Wucherungen, die sich höckerig anfühlen, „wie ein Bündel Würmer" (Dercum). Häufig kann man eine allgemeine diffuse Entwicklung des Fettes finden, das aber höckerige oder hügelige Beschaffenheit zeigt. Thannhauser spricht von traubenartigen Fettansammlungen. Teilweise ist das Fett allerdings, so bei der dritten

Form, mehr flächenhaft ausgebreitet, sodaß der Charakter der knotigen Fetteinlagerung verwischt ist. In reinen Fällen tritt die Fettwucherung des Unterhautzellengewebes in umschriebenen, symmetrisch oder asymmetrisch gelagerten Fettknoten auf. Bifflis beschrieb einen rein symmetrischen Fall und betonte, daß die Knoten hart und prominent gewesen seien. Matthes spricht von manschettenartiger Anhäufung der Fettmassen, und zwar fand er, daß überall dort, wo die Kleidung einen Druck ausübt, sich das Fettpolster nicht vermehrt. So bilden sich die „manschettenartigen Fettwülste", die durch tiefe Furchen von einander abgegrenzt sind. Diese an Ödem erinnernden Massen zeigen aber nie nach Tasteindruck eine Delle. Nach Matthes wechselt beim Eindrücken das Gefühl des „festen Speckes" und des „zähen Teiges" ab. Bisweilen sehen die Fettwülste bläulich aus. Französische Autoren beschrieben derartige Fälle, ohne allerdings an Dercums Adipositas zu denken. Schwenkenbecher hält diese Fälle, die von Charkot als „Oedeme bleu" beschrieben wurden, für Fälle von Dercumscher Krankheit.

Das für die Dercumsche Krankheit Typische ist nun die hochgradige Schmerzhaftigkeit der Fettmassen. Man unterscheidet dabei:

1. Spontanschmerzen,
2. Hochgradige Kneif- und Druckschmerzhaftigkeit.

Nach H. Curschmanns Erfahrungen lassen sich solche strengen Unterscheidungen nicht durchführen, besonders nicht zwischen nur spontanen und nur durch Druck ausgelösten Schmerzen.

Die Spontanschmerzen können im Stehen und Gehen auftreten, ja sogar bei völliger Ruhe.

Die Druck- und Kneifschmerzhaftigkeit ist bisweilen so hochgradig, daß die Patienten schon zu schreien anfangen, wenn man sie nur leise berührt. Nach Lichtwitz zeigen manche Fälle nur Hyperalgesie auf Druck. Nach H. Curschmann sind vom Schmerz bevorzugt: die Innenseiten der Oberarme und Oberschenkel, seltener Brust und Bauch. Er fand, daß in den fettesten Teilen die Schmerzen am stärksten sind. Labor nimmt an, daß nicht die Fettknoten als solche Sitz der Schmerzhaftigkeit sind, sondern die Haut, auf die die Knoten als Fremdkörper wirken. Die einzelnen Knoten müssen nicht immer alle zur gleichen Zeit schmerzhaft sein. Bifflis beschreibt einen Fall, der mit derben Schwellungen der oberen und unteren Extremität anfing, nach und nach auf Brust und Bauch überging, und dann erst traten wechselnde Schmerzen am Hals, in der Herzgegend und an den Fersen auf. Nach weiteren vier Wochen hatten sich an Armen und Beinen sehr schmerzhafte vorspringende Stellen gezeigt. Nach drei Tagen waren auch diese Schmerzen wieder verschwunden. Von ähnlich wechselndem Verlauf berichtet auch Grafe,

der an einem Falle sieben Jahre hindurch An- und Abschwellen der schmerzhaften Fettmassen beobachten konnte. Während dieser sieben Jahre trat jedes Jahr einmal dieses Wechselspiel auf. Die Druckschmerzhaftigkeit kann graduell sehr verschieden sein. Güntz macht diesen Wechsel von der Witterung abhängig. Kindberg weist auf Empfindlichkeit gegen Kälte hin. Die Spontanschmerzen fehlen selten. Nach Jülich überwiegen fast die Schmerzen bei Druck. Sie nehmen vielfach bei Bewegungen deutlich zu (Frowein, Gollo). Kindberg gibt als Ursache für die Schmerzen an: „bei knotenförmiger Fettablagerung wird ein Zug und Druck auf die Hautnerven ausgeübt, es müssen da wohl Umwachsungen und Zerrungen vorkommen". Hirschfeld spricht von Dehnung und Pressung feiner Nervenendigungen. H. Curschmann aber sagt, Druck auf Muskeln, Gelenke, Knochen und Nervensystem brauche nicht schmerzhaft zu sein. H. Zondek schreibt die vermehrte Empfindlichkeit des Fettpolsters der erhöhten Spannung im Gewebe zu. Die Schmerzhaftigkeit der Fettmassen ist etwas sekundäres. Zunächst entwickeln sich die starken Fettwucherungen, nach und nach stellt sich die Schmerzhaftigkeit und später erst die psychisch-nervösen Störungen sowie die Asthenie ein. Labor fand, daß erst nach diffuser ödematöser Schwellung des ganzen Körpers die Entwicklung der schmerzhaften Fettknoten anfing. Behr berichtet von einem Fall einer 44jährigen Patientin, die 16 Jahre vor Ausbruch der schmerzhaften Fettsucht multiple, schmerzlose, wachsende Lipome gehabt hat, welche erst später schmerzhaft wurden. Nachdem diese Lipome chirurgisch entfernt worden waren, blieb die Patientin während der folgenden 16 Jahre beschwerdefrei. Lichtwitz hingegen sieht die Schmerzhaftigkeit des Fettes als Frühsymptom an. Sie kann schon vor dem Sichtbarwerden der Fettsucht auftreten und auch bei kleinen Knoten sehr ausgeprägt sein.

Das dritte Hauptsymptom bilden die psychisch-nervösen Störungen. Viele Autoren messen diesem Symptom größte Bedeutung zu (H. Curschmann). Falta meint aber — sicher zu unrecht —, daß bei dem häufig vorhandenen Alkoholismus auf nervöse Symptome wenig zu geben sei.

Man findet die verschiedensten Formen, vom annähernd normalen Zustand bis zu den schwersten psychischen Erkrankungen. Die Patienten zeigen vor allem ausgesprochene Depressionen hysterischer, hypochondrischer oder neurasthenischer Färbung. Bei hochgradigster Schmerzhaftigkeit findet man Gleichgültigkeit, äußerste Niedergeschlagenheit, gesteigerte Reizbarkeit, Schwermut, ja sogar Lebensüberdruß. Nicht immer ist dieses Bild so charakteristisch ausgebildet. Eine vorwiegend depressive Stimmung ist aber so gut wie immer vorhanden. Die psychische Leistungsfähigkeit kann unbeeinflußt sein (Biedl). Biedl spricht weiter von einer „geistigen Apathie" der Patienten, die zuweilen an Myxödem erinnert. Selten finden sich

psychische Exaltationszustände. Nach von Noorden fanden sich nur bei älteren Personen psychische Veränderungen sehr verschiedener Art, z. B. depressive Zustände, Erregungszustände, ja angeblich sogar manisch-depressives Irresein. Frowein fand hochgradige psychische Labilität mit Zwangslachen und -weinen.

Auch die Adynamie ist in den einzelnen Fällen in ganz verschiedenem Maße ausgeprägt. Sie kann nur in ganz geringem Grade vorhanden sein und äußert sich in leichter Ermüdbarkeit (Kerl, Golla, Fischer, Behr) und Schwäche (Byloff). Sie kann aber auch die höchsten Grade erreichen, sodaß die Kranken kaum einige Schritte gehen können, bzw. überhaupt jahrelang ans Bett gefesselt sind. Von Noorden sah eine Kranke, bei der die Muskelschwäche an die Adynamie des Addisonkranken erinnerte. Zeichen von Herzschwäche fehlten dabei übrigens vollkommen. Man beobachtet bei den Patienten nur Unbeholfenheit und Adynamie der Bewegungen, aber keine eigentlichen umschriebenen Lähmungen.

Akzessorische Symptome: Neben diesen Hauptsymptomen sind noch eine große Reihe von akzessorischen Symptomen bekannt, die allerdings in den einzelnen Krankheitsformen häufig wechseln. Man kann deshalb aus dem Vorhandensein dieser Symptome nie einen Schluß auf eine Adipositas dolorosa ziehen. Als akzessorische Symptome sind zu nennen: sensorische, vasomotorische, trophische und sekretorische Störungen: Trophische Veränderungen an Haut und Nägeln, frühes Ergrauen und Ausfallen der Haare, Fehlen der Achselhaare, spärlicher Haarwuchs, juckende Flechten, Xanthoplasma, Anhydrose, selten Hyperhydrose, Neigung zu Sugellationen im Unterhautfettgewebe, Tachycardie und Hypertonie, Brachycardie und Hypotonie, Atemnot. Blässe, Kälte, dauerndes Fieber, Angiospasmen an Fingern und Zehen, cutis marmorata, Nasenbluten, Hämorrhagien, Akrocyanose, Dermographismus, Schwindelanfälle, Ecchymosenbildung, Hyper- und Parasthesien, Tremor, selten Tetaniezeichen, Fehlen des Corneal- und Würgreflexes sowie des Fußsohlenreflexes, Sehnervenstörungen, Struma, Obstipation, Appetitmangel, Heißhunger, Durst, Zuckerbedürfnis, Osteoarthritis, gelegentlich auch Osteomalazie und -porose usw. usw.

Über das Blutbild der Patienten sind in der Literatur nur wenig Angaben zu finden: Aneosinophilie fanden H. Curschmann, Jülich und Biedl, letzterer sieht sie sogar als typisch an. Lymphozytose wird von H. Curschmann und Behr beschrieben, Mononukleose von Fischer. Oftmals fand H. Curschmann das Blutbild auch normal, Eiweißgehalt und Viskosität des Serums ebenfalls. Die Gerinnbarkeit des Blutes ist nach Ginsburg verlangsamt.

Untersuchungen des Grundumsatzes ergaben in den meisten Fällen normale Werte. Normale Werte fanden H. Curschmann, Güntz und Grafe, erhöhte Jülich (um 10—12 %),

Price und Bird, und Boller (um 27 %), herabgesetzte Schwenkenbecher. Verminderung der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung auf den Gaswechsel wiesen H. Curschmann, Güntz und Jülich nach. Herabgesetzte Zuckertoleranz fanden Davis, Coken und Klieneberger, gesteigerte Bird, Price und Fischer. Echte Glykosurie bei Dercumscher Krankheit ist erst einmal von Naunyn beschrieben worden.

Pathogenese: Die meisten Autoren sehen als Krankheitsursache eine pluriglanduläre Störung an. Nur die allerwenigsten behaupten mit Sicherheit, die eine oder andere Blutdrüse für den ganzen pathologischen Vorgang allein verantwortlich machen zu können. Sehr viele Autoren stützen sich auf eine allgemeine Veränderung im Blutdrüsensystem und heben dann eine Drüse besonders hervor, die einen thyreoiden oder hypophysären Ablauf der Krankheit bedingt, besser gesagt, pluriglanduläre Störungen, die bald in dieser bald in jener Drüsenstörung augenfällig werden und das Symptomenbild beherrschen. Von Noorden schreibt dazu, „als alleinige Ursachen kann man weder die Schilddrüse noch die Hypophyse ansehen, da sie in mannigfacher Wechselwirkung zu einander stehen".

Von Noorden, Golla, Magnus-Alsleben und Fischer meinen, daß Schilddrüse und Hypophyse in Betracht kommen. Letzterer gibt in folgendem eine Erklärung für seine Annahme: Bei der Lipomatosis dolorosa muß man an eine pluriglanduläre Bedingtheit mit Unterfunktion der Thyreoidea, Keimdrüsen und Hypophyse denken, denn die Abderhaldensche Reaktion ist mit Schilddrüse und Milz positiv, mit Hypophyse, Ovarium und Pankreas negativ. Selbst 300 gr Traubenzucker per os hatten keine Glykosurie zur Folge, keine Adrenalinglykosurie. In diesem Falle wird ein Überwiegen des assimilatorischen Pankreashormons, vielleicht auch des assimilatorischen Hypophysevorderlappenhormons bei gleichzeitiger Hypofunktion der dissimilatorischen Hormone der Schilddrüse, der Generationsdrüsen und vielleicht auch des Hypophysenhinterlappens angenommen. Hierbei käme dann eine auf diese Erkrankung besonders eingestellte Bereitschaft in Frage. Unter den pluriglandulären Störungen hat schon Dercum die Schilddrüse besonders hervorgehoben. Er sah die Ursache des Leidens in einer „Dysthyreoidie", durch die es zur Herabsetzung der Fettverbrennung und entzündlichen Veränderungen der Nerven käme (zit. nach Falta). Von einem Hypothyreoidismus allein kann jedenfalls nicht die Rede sein, da auch hyperthyreoide Symptome vorkommen. H. Curschmann vertritt den Standpunkt, daß das endokrine System im ganzen erkrankt ist, vor allem aber die Schilddrüse. Er spricht gleichfalls von einer Dysthyreose. Er hält es aber auch für denkbar, daß Hypophyse und Keimdrüsen mitspielen, also pluriglanduläre und Korrelationsstörungen vorliegen. Vitaut schreibt, daß es ein nervöses Element sei, das die lipomartigen Tumoren produziert. Als Ursache sieht er eine Intoxikation thyreogenen Ursprungs

an. Für diese Theorie sprechen nach Vitaut 1. die klinischen Beobachtungen und 2. die Veränderungen an der Schilddrüse bei der Autopsie sowie 3. die therapeutischen Erfolge. Nach Voit ist das wesentliche eine pluriglanduläre Störung mit vorwiegender Unterfunktion der Schilddrüse. Trophische Störungen der Haut, der Nägel und Veränderungen der Psyche sowie andere myxödematöse Erscheinungen deuten darauf hin.

Kaufmann fand als Erklärung für Blutungen in einem Fall Gefäßveränderungen, in einem zweiten Hyperthyreoidismus. Man kann also, da hyper- und hypothyreotische Symptome gleichzeitig auftreten, von einer Dysthyreose sprechen.

Ein großer Teil der Autoren nimmt gleichfalls eine pluriglanduläre Störung aber mit Vorwiegen der Hypophyse an. Es ist sogar versucht worden, eine eigene hypophysäre Gruppe der Adipositas dolorosa abzutrennen, weil in vielen Fällen nur die Hypophyse verändert war und die anderen Drüsen intakt.

Waldorp sieht die Schädigung in krankhaften Prozessen in den trophischen Zentren des Diencephalon, die auf die Hypophose schädigend wirken. Das Bild ähnelt der Dystrophia adiposo-genitalis. Die Schmerzen werden besonderen Veränderungen im thalamus opticus zugeschrieben oder als periphere Neuritis angesehen. Waldorp hält es für wahrscheinlich, daß primär die Hypophyse, sekundär die Schilddrüse und das Ovar beteiligt sind. Brüning und Walter fanden ausgeprägte Symptome von Seiten der Hypophyse: Polydipsie, Polyurie, Glukurose- und Zuckerausscheidung. Walter rechnet Behr's Fälle mit Neuritis optica in diese Gruppe, ebenso Labor, der bei Sehstörungen Hypophysenprozesse fand. Froment und Behr halten es für unwahrscheinlich, nur die Hypophyse als Ursache anzunehmen, da Kombinationen von typischen Hypophysenerkrankungen (Akromegalie, Dystrophia adiposo-genitalis) außerordentlich selten vorkommen.

Behr spricht von pluriglandulärer Insuffienz mit Vorwiegen der Hypophyse. Die Neuritis optica ist hier durch endogene Toxikose entstanden. Diese endogene Toxikose wiederum ist durch Mitbeteiligung der Hypophyse bedingt. Behr's Theorie ist also: primär: Toxikose auf endokriner Basis, sekundär: chronisch-entzündliche Veränderungen am Nervensystem, tertiär: schmerzhafte Fettwucherungen. Begleitende Asthenie und psychische Störungen werden als allgemeine unmittelbare Folgen der Toxikose aufgefaßt. Für eine Erkrankung der Hypophyse wird auch das übrigens sehr seltene Vorkommen von Diabetes insipidus herangezogen.

Jülich faßt die Dercumsche Krankheit auf Grund energetischer Untersuchungen (unter Berücksichtigung der klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde) als eine besondere Form der endogenen Fettsucht auf, bei der die hormonale Korrelation aller inneren

Drüsen gestört ist, in deren Vordergrund aber Veränderungen an der Hypophyse und in zweiter Linie an der Thyreoidea und den Keimdrüsen stehen.

Price ist geneigt, die Veränderungen der Hypophyse für die ätiologisch wichtigsten zu halten und die der Thyreoidea als Sekundärerscheinungen anzusehen.

Walton sagt: Unterfunktion des Hypophysenhinterlappens führt bei Erwachsenen zu Adipositas dolorosa.

Verschiedene Autoren fassen die Adipositas dolorosa als Trophoneurose auf. H. Curschmann hält eine mesencephale „Trophoneurose" für möglich, auch Hirschfeld ist dieser Ansicht.

Falta macht die Nervenveränderungen (bedingt durch Alkoholismus) für die Schmerzhaftigkeit des Fettes verantwortlich, glaubt also auch eher an eine Trophoneurose. Er meint, daß die guten Erfolge, die in solchen Fällen manchmal durch Thyreoidin erzeugt werden, kaum die Annahme einer thyreogenen Genese rechtfertigen können.

Lichtwitz glaubt, daß Beziehungen zum trophischen Ödem bestehen. Er nennt die Dercumsche Krankheit eine „neuro-endokrine Affektion". Diese Auffassung erklärt vasomotorisch-trophisch-neurotische Veränderungen und Übergänge.

Die Keimdrüsenbeteiligung betonen Frowein und Fischer; Magnus-Alsleben stellt sie in Frage. Frowein sah nach jedem Partus Gewichtszunahme, daraus schließt er auf eine Beteiligung der Keimdrüsen.

Herrmann gibt folgende Zusammenfassung: „Nach all dem ist anzunehmen, daß mehrere endokrine Drüsen gestört sind, und zwar in dem Sinne, daß eine Krankheitsbereitschaft besteht, daß durch irgend ein Trauma das Gleichgewicht im endokrinen System gestört wird und daß die aufbauenden Hormone über die abbauenden überwiegen. (Damit Adipositas geklärt.) Weiterhin wird der Tonus des gesamten Nervensystems durch das Aufhören der normalen Wechselbeziehungen im innersekretorischen System gestört, und hieraus lassen sich auch die anderen konstanten Symptome (Schmerzhaftigkeit usw.) eingermaßen erklären. Bei der großen Anzahl von Möglichkeiten, die bei einer Störung des aus vielen Teilen zusammengesetzten innersekretorischen Apparates resultieren können, braucht man sich nicht über die verschiedenen klinischen Symptome zu wundern".

Pathologisch-anatomisch gehen die Befunde ebenso auseinander wie in klinischer Hinsicht.

Hirschfeld fand Degenerationszustände der Schilddrüse und Hypophyse. Die Fettwucherungen, die er untersuchte, bestanden aus abnorm und normal reichlich gebildetem Fettgewebe. An den Nerven der Haut und des Unterhautfettgewebes fand er keine entzündlichen Veränderungen.

Falta stellte atrophische und chronisch-entzündliche Prozesse an der Schilddrüse fest, an der Hypophyse Rundzelleninfiltrate, Adenocarcinom und Gliom, an den Keimdrüsen Sklerose, manchmal Hypoplasie. Leber und Milz zeigten oft cirrhotische, die Nieren bisweilen interstitiell entzündliche Veränderungen. (Mikroskopisch im diffus verteilten Fett und in eingekapselten Lipomen reichlich Bindegewebe.) In einigen Fällen konnte Falta neugebildete Haemolymphknötchen oder perivaskulär entzündliche Infiltrationen nachweisen. In einem Falle fand sich interstitielle Neuritis in den feinen im Fettgewebe selbst verlaufenden Nervenstämmchen, ebenso in den Nerven der Muskeln. In einem anderen Fall war eine Degeneration der Gollschen Stränge nachweisbar. Manchmal können aber auch alle mono- und pluriglandulären Veränderungen fehlen, überhaupt jeder krankhafte Befund. Lichtwitz beschreibt in manchen Fällen Affektionen der Hypophyse in Gestalt eines Glioms oder bindegewebiger Induration, daneben Atrophie, Hypoplasie der Keimdrüsen, Lebercirrhose und Nephritis.

H. Zondek fand bei der mikroskopischen Untersuchung des Fettes: Vermehrung des Bindegewebes und entzündliche perivasculäre Zellinfiltration. In anderen Fällen wieder konnte er keinerlei entzündliche Veränderungen nachweisen. Bei einer Anzahl von Sektionen wurden chronisch-entzündliche Prozesse in der Schilddrüse gefunden, ähnliche Anomalien, wenn auch nicht häufig, in der Hypophyse. Den Befunden an den Keimdrüsen schiebt H. Zondek keine besondere Bedeutung zu.

Biedl sah mehr oder weniger eingreifende Veränderungen in der Schilddrüse, manchmal auch in der Hypophyse. In einem Fall von Dercum und Mac Carthy war die Schilddrüse normal, die Hypophyse wies ein Adenocarcinom auf. Biedl ist der Ansicht, daß die pathologisch-anatomischen Befunde die thyreogene Genese zu stützen scheinen und daß eine Beteiligung der Hypophyse und vielleicht auch der Keimdrüsen (die vielfach gleichfalls atrophisch gefunden wurde) bei der Entstehung der Krankheit nicht ausgeschlossen werden könnte.

Die histologischen Untersuchungen von Sellerin ergaben in der Entwicklung der lipomartigen Tumoren drei aufeinander folgende Stadien:

a) Oedeme et tissu conjonctif embryonnaire
b) Transformation adipeuse des cellules
c) Sclérose terminale.

Pathologisch-anatomisch:

1. Interstitielle Nervenentzündung der peripheren Nervenfäden (5mal in 5 Fällen)
2. Verletzungen und Schädigungen an der Schilddrüse (4mal bei 5 Autopsien)

3. Veränderungen an der Hypophyse (2mal bei 5 Autopsien).

Die Bildung von lipomartigen Tumoren ist abhängig von Störungen im nervösen System, die Natur dieser nervösen Störungen ist unbekannt.

Stöckenius fand an fast allen Drüsen mit innerer Sekretion (Schilddrüse, Hypophyse, Nebenniere) pathologische Veränderungen, gleichmäßige Quellung der gesamten Baucharterien; er bezeichnet sie als „schleimige Röhren". Weiter fand er arteriosklerotisch streifige Verfettung der Intima der Aorta, Hyalinisierung der Milzzentralarterie, Zeichen einer Glomerulonephritis. An den im Fett verlaufenden Subcutannerven wurden perineuritische oder interstitiell entzündliche Vorgänge nachgewiesen (Dercum, Burr, Ballet), ebenso perivasculäre Infiltrationen. Page machte die neuesten Untersuchungen des Fettes und kam zu dem Ergebnis, daß keinerlei Unterschied gegenüber dem Fett nicht Dercumkranker besteht. Esdal hat das auch schon bewiesen. Dercum wies Atrophie und Verkalkung der Schilddrüse nach. Price fand Störungen in der Schilddrüse und Hypophyse. Von der Schilddrüse war ein Teil infolge von Bindegewebswucherung verhärtet, während die übrigen Acini auffällig vergrößert waren. An der Hypophyse war der glanduläre Teil runzelig infiltriert, während der nervöse Teil von glandulären Zellen durchsetzt war. Das Fettgewebe zeigte keine abgegrenzten Lipome. Die Nervenstämme in der Haut wiesen interstitielle und parenchymatöse Entzündungen vor.

Golla sah einige Hautdrüsen in sonst normalem Fettgewebe eingelagert. Goglia fand im Gegensatz zu der multiplen Lipomatose größeren Reichtum an Lipoiden, an elastischen und kollagenen Fasern, Infiltrate und auch Nervenfaserquellungen, daneben ausgesprochene Hyperämie.

Lazzarini stellte bei seinen Untersuchungen über die Fettmassen fest, daß die Fettansammlungen, die die schmerzhaften Geschwülste hervorrufen, ähnlich wie das gewöhnliche subcutane Fett aufgebaut sind und zwar mit absolutem Fehlen der Lipoide. Daraus schließt er, daß es sich um eine Fettinfiltration aus lokaler Unfähigkeit, das normalerweise an den betreffenden Stellen aufgestapelte Fett abzubauen, handle. Und zwar hält er es für eine vagosympathische Gleichgewichtsstörung mit Beteiligung trophischer Nervenäste.

Weygandt fand histologisch Fettgeschwülste, röntgenologisch Kalkeinlagerungen.

Dammann stellt keine besonderen Organerkrankungen speziell an den Drüsen mit innerer Sekretion fest. Häufig war die Hypophyse stärker alteriert. In allen Fällen fanden sich Veränderungen an der Schilddrüse, die aber nichts Charakteristisches boten.

Umber sah Keimdrüsen, Hypophyse und Schilddrüse intakt.

Zusammenfassend läßt sich also folgendes sagen: An der Schilddrüse wurden Veränderungen hauptsächlich chronisch-entzündlicher

Natur gefunden, außerdem atrophische Prozesse. An der Hypophyse waren Veränderungen sehr verschiedener Art nachweisbar: Rundzelleninfiltrate, Sklerose, Adenocarcinom, Gliom. An den Keimdrüsen fand man Sklerose, manchmal Hypoplasie. Leber und Milz zeigten oft cirrhotische, die Nieren bisweilen interstitiell entzündliche Herde. Interstitielle Neuritis konnte in vielen Fällen festgestellt werden.

Aus diesen Befunden kann man sehen, daß ein einheitliches pathologisch-anatomisches Bild der Dercumschen Krankheit nicht vorliegt. Die Befunde weisen nur alle darauf hin, daß eine Erkrankung des Blutdrüsensystems besteht.

Therapie: Die Therapie macht wegen der so ungeklärten ätiologischen Verhältnisse große Schwierigkeiten. Teilweise werden pluriglandulär wirksame Medikamente verabreicht, teilweise Präparate für eine bestimmte Blutdrüse. Eine Heilung mit Thyreoidin wurde nur in einem einzigen Falle von Dercum selbst erzielt. In allen anderen in der Literatur beschriebenen Fällen trat mehr oder minder erhebliche Besserung oder auch gänzlicher Mißerfolg ein.

H. Curschmann rät, auch beim Fehlen unmittelbarer Anhaltspunkte für eine Hypofunktion der Schilddrüse Thyreoidin zu geben, und zwar Thyreoidin Merck 0,1 3—4mal täglich. Er hat davon fast immer gute Erfolge gesehen. Thyreoidin soll eventuell auch mit Hypophysen- und Keimdrüsenpräparaten kombiniert gegeben werden. Diese Organtherapie ist erfolgreicher als alle Antineuralgica und physikalischen Mittel (z. B. Badekuren). Natürlich ist es oft erforderlich, Organtherapie und antineuralgische sowie sedative Mittel zu kombinieren. Auch H. Curschmanns Schüler Frowein sah nach Thyreoidin rasche Gewichtsabnahme und erhebliche subjektive Besserung. Die Thyreoidintherapie empfehlen ebenfalls Hirschfeld, Price und Bird, Reichmann, Lichtwitz, von Domarus, Biedl, Camus und Benoît, H. Zondek, Thannhauser, Kaufmann, Frowein, Grafe und andere.

Camus und Benoit sahen schon bei geringen Dosen Thyreoidin Toxikationserscheinungen. Sie gaben 0,05 gr Schilddrüsenextrakt pro die. Nach zehn Tagen trat in einem Falle der Exitus unter Toxikationserscheinungen ein. Strübing und Düring berichten ebenfalls von Mißerfolgen. Hirschfelds Fälle reagierten teilweise auf Schilddrüsentabletten, im übrigen empfiehlt er symptomatische Therapie.

Jülich wandte zunächst nur Thyreoidin an, jetzt empfiehlt er kombinierte Therapie mit den Inkreten der Hypophyse, der Schilddrüse und der Keimdrüsen. Er bevorzugt das Präparat, das alle diese Inkrete enthält, das Lipolysin. In einem seiner Fälle trat darauf nicht nur eine starke Gewichtsreduktion nach 6 Wochen auf, sondern die Schmerzen gingen auch zurück. Die Patienten wurden sowohl in ihrem subjektiven Befinden als auch objektiv nachweisbar gebessert.

Magnus-Alsleben leitet eine Therapie wie bei allgemeiner Adipositas ein. Er hatte auch gute Erfolge mit Thyreoidin. Mit Hypophysentabletten und Ovarialpräparaten hat er weniger Befriedigendes erreicht. Er sagt, die modernen Entfettungspräparate wirken meist nur durch ihren Gehalt an Schilddrüsensubstanz, in ihren Nebenwirkungen sind sie unberechenbar.

Kaufmann konnte mit Thyreoidin den Stoffwechsel erhöhen und das Allgemeinbefinden bessern, erzielte aber keinen Einfluß auf die Fettwucherungen und Schmerzen.

Price und Bird schrieben Thyreoidin und Diät vor und erreichten dadurch Abnahme der Beschwerden.

Thannhauser und H. Zondek nennen keine Spezialtherapie für die Adipositas dolorosa; Thannhauser schreibt aber Thyreoidin bei allgemeiner Fettsucht vor. Außerdem muß eine Thyreoidintherapie immer mit einer diuretischen Behandlung verbunden sein. Umber behandelt die Adipositas dolorosa wie jede andere Fettsucht.

Claude und Sézary probierten Nebennierensubstanz aus und fanden eine vorübergehende Besserung. Mit Ovarialtabletten hatten sie nicht den geringsten Erfolg. Nunmehr verschrieben sie 2—4 Lappen frischer Schilddrüse, danach trat auffallende Besserung ein, das Gewicht ging zurück, Schmerzhaftigkeit und Asthenie verschwanden. Sie schlossen daraus auf enge Zusammenhänge der Dercumschen Krankheit mit der Schilddrüsenfunktion.

Reichmann gibt neben leichter Thermo- und Hydrotherapie ebenfalls Thyreoidin Merck Tabletten 0,1 3mal tgl. ansteigend bis 0,8 pro die. Bei weiterer Steigerung traten Herzklopfen und motorische Unruhe ein.

Kloninger sieht günstige Erfolge nach Schilddrüsentabletten und wendet außerdem hydrotherapeutische Maßnahmen an.

Von Noorden empfiehlt auch Bäder, macht das aber abhängig vom Zustand des Herzens. Einmal helfen Solbäder, ein andermal Tonschlammpackungen, dann wieder heiße Bäder. Quälende Druckempfindlichkeit der Fettgewebswucherungen und etwa vorhandene neuralgische Schmerzen wurden gelindert durch die üblichen Antineuralgika.

Middleweek verschrieb gar nur Massage und passende angewandte Gymnastik.

Im Gegensatz zu Magnus-Alsleben, der mit Hypophysentabletten wenig Erfolg hatte, berichten Behr, Murr und Mühlpfordt über gute Erfolge. Behr versuchte bei seinen Fällen, die mit Sehnervenstörungen einhergingen, zunächst Arsen, Strychnin und Thyreoidin ohne den geringsten Erfolg. Dann gab er Hypophysin Merck 0,1 2mal tgl. und erzielte damit, daß die Fettknoten sich nicht mehr vergrößerten und eine Verminderung des Fettpolsters eintrat. Die Spontanschmerzhaftigkeit verschwand, die Druckschmerzen blieben

allerdings bestehen. In Bezug auf das Sehvermögen trat nach 14 Tagen Besserung ein.

Mühlpfordt spritzte Hypophysenextrakt ein, der Zustand wurde danach wesentlich gebessert. Das Jucken, das er in diesem Falle beobachtet hatte, wurde wenig beeinflußt. Auch Burr beobachtete in vier Fällen Besserung nach Hypophyseninjektionen.

Auf kombinierte Behandlung mit Schilddrüsen- und Hypophysenpräparaten, eventuell auch Keimdrüsenapparaten weisen Biedl, Myers, Grafe und Falta hin. Biedl wandte in einzelnen Fällen die Schilddrüsenmedikation ohne Erfolg an. Für diese Fälle schlägt er eine kombinierte Organtherapie mit Schilddrüsen-, Hypophysen- und Keimdrüsenpräparaten vor. Grafe erzielte mit Thyreoidin eine Entwässerung; mit kombinierter Behandlung hatte er auch Erfolg, insbesondere in Bezug auf die Schmerzhaftigkeit. Myers gab mittags 1 gr Hypophysenextrakt, nachts und morgens 1 gr Schilddrüsenextrakt und brachte die Hemianästhesien und Kopfschmerzen zum Verschwinden, die Knoten wurden weniger schmerzhaft.

Dervis spritzte Sanarthrit Heilner. Er hatte die Patienten zunächst mit Thyreoidin, Ovarialtabletten und Polyendokrinolkarzion behandelt und keinen Erfolg gesehen. Danach wandte er Sanarthrit in einer Kur von 12 Injektionen an, steigend von 1 ccm der Stärke 2 bis zu 2,5 ccm derselben Stärke. Die Kur dauerte 46 Tage. Die Reaktion war stark, nach vier Injektionen Nachlassen der Druckempfindlichkeit und Depression. Am Schluß der Behandlung hatte die Patientin 8 kg abgenommen, der psychische Zustand war völlig verändert, die Schmerzen beim Gehen völlig verschwunden, die Druckempfindlichkeit fast völlig behoben. Zur Sicherung der klinischen Heilung machte er noch drei Nachkuren in 5—6monatlichen Abständen. Dervis führt den Heilerfolg auf eine spezifische Wirkung des Sanarthrits zurück, die in seiner Zusammensetzung (eiweißfreier Extrakt aus jungem Knorpelgewebe) zu suchen sei.

Neuerdings will Boller bei Adipositas dolorosa mit Novokaininjektionen Günstiges erzielt haben, und zwar spritzte er den Patienten unter gleichzeitiger Röntgenbestrahlung Novokain in die schmerzenden Fettmassen ein. Er verwandte dazu 30—60 ccm einer Lösung von 0,1 Novokain, 0,005 Morph. hydrchlor., 0,2 Natr. chlor. in 100,0 Aqua dest. Nach 17 Injektionen soll auffallende Besserung der Schmerzen und Gewichtsabnahme eingetreten sein. Vor Nachahmung dieser Morphinisten und Cocainisten züchtenden Methode ist dringend zu warnen. Sie gehört nach H. Curschmanns Äußerung in das Gebiet „des therapeutischen groben Unfugs".

Verlauf der Krankheit: Die Krankheit entwickelt sich meist ganz allmählich. Die Fettleibigkeit nimmt nach und nach zu, erst dann tritt die Schmerzhaftigkeit auf. Adynamie und Asthenie stellen sich erst später ein. Von Noorden sagt, von den ersten

Anzeichen bis zum vollausgebildeten Krankheitsbild vergehen einige Jahre. Esders schreibt, daß dem eigentlichen Symptomenkomplex sehr oft rheumatische, arthritische Beschwerden vorausgingen. In einem Falle von Güntz hatte der Patient jahrelang an rheumatischen Beschwerden gelitten, ehe die typischen schmerzhaften Knoten auftraten. Vor der Entwicklung der schmerzhaften Knoten machen sich oft sensible Störungen bemerkbar: Kribbeln, Jucken, Vertaubung, Hitzegefühl, Kältegefühl, später reißende, ziehende, stechende Schmerzen. Die Adynamie besteht in einer mehr oder weniger starken Ermüdbarkeit der Muskulatur, „das sich bis zum Gefühl physischer und psychischer Hinfälligkeit steigern kann" (Dercum). Claude und Sézary beschreiben einen Fall, der angeblich mit Hysterie einige Jahre vorher begann. Dann traten Anschwellungen an den oberen und unteren Extremitäten, nach vier Monaten auch an Brust und Bauch auf, nach weiteren vier Monaten wechselnde Schmerzen am Hals, an den Fersen und in der Herzgegend sowie drei Tage lang an Armen und Beinen sehr schmerzhafte vorspringende Stellen, auch alle geschwollenen Teile wurden schmerzhaft.

Prognose: Die Prognose ist nach H. Curschmann quoad vitam günstig. Das Leiden neigt aber leicht zu Rückfällen, besonders psychisch-nervöser Art. Der Verlauf ist äußerst langwierig und quälend, oft muß man jahrelang Thyreoidin geben wie beim Myxödem (H. Curschmann).

Nach von Noorden ist die Prognose ungünstig. Es kommt zwar Besserung der Schmerzen vor, aber im allgemeinen bleiben die Symptome, sich langsam verschlimmernd, bestehen. Der Charakter, den die Erkrankung im Beginn hatte, bleibt meist. Wenn nicht grobe anatomische Erkrankungen der Schilddrüse oder Hypophyse vorliegen, scheint das Leben nicht gefährdet zu sein. Auch Esders bezeichnet die Krankheit als äußerst chronisch.

Differentialdiagnose: Nach H. Curschmann wird die Differentialdiagnose stets leicht sein, wenn man die typischen Symptome der Adipositas dolorosa berücksichtigt, vor allem, daß bei der Dercumschen Krankheit neben der allgemeinen Adipositas meist umschriebene Fettansammlungen vorhanden sind, die auf Druck schmerzhaft sind, und daß neben Adipositas und Dolor muskuläre Adynamie, depressive psychische Veränderungen und allerlei inkretorische Symptome vorwiegend hypothyreogener Art stets nachweisbar sind. Vor allen Dingen weist H. Curschmann darauf hin, daß man die Symptome der Dercumschen Krankheit nicht mit den typischen und häufigen Klagen wehleidiger Klimakterischer über polyneuralgische Schmerzen verwechseln darf. Auch echte Neuralgien, Myalgien, Gelenkerkrankungen, Osteopathien und alle organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, die neuralgische oder sonstige Schmerzen erzeugen, können die Diagnose der Adipositas dolorosa erschweren. Die Fälle von Behr, bei denen die Veränderungen am ner-

vus opticus für charakteristisch für die Dercumsche Krankheit beschrieben werden, erschweren die Differentialdiagnose in weitem Maße. Auf Gelenkerkrankungen als „Vorboten" der Erkrankung wies ich bereits beim Verlauf der Krankheit hin.

Nach Fischer können Verwechslungen mit Neuritiden und Neuralgien vorkommen, doch folgen bei der Dercumschen Krankheit die spontanen und Druckschmerzen nicht dem Verlauf der Nervenstämme, und es finden sich auch keine Atrophien. Bei Arthritis muß man die starke Schmerzhaftigkeit in der Umgebung der Gelenke berücksichtigen. Gegenüber dem Myxödem muß schon die Schwellung im Gesicht ausschlaggebend für die Diagnose sein, ganz abgesehen von den übrigen Symptomen (Falta)). Schwellung im Gesicht wird gerade bei Adipositas dolorosa immer negiert. Trophödem tritt meist im früheren Lebensalter auf. Schwierig ist nach Fischer die Differentialdiagnose gegenüber Neurasthenie, Hysterie und Geisteskrankheiten. Hirschfeld sieht Schwierigkeiten in der Abgrenzung gegenüber Hysterie, Neurasthenie und Neuralgien. Bifflis sieht die Krankheit durch alkoholische Neuritis kompliziert gestaltet.

Umber schreibt von Neurolipomatosis dolorosa mit Schmerzhaftigkeit bei regionärer Fettsucht, die so stark sein kann, daß man von Adipositas dolorosa sprechen kann, aber das Bild nicht mit der Dercumschen Krankheit verwechseln darf.

Steinbach unterscheidet Lipomatosis dolorosa und Dercumsche Krankheit. Beide unterscheiden sich durch die Anordnung des gewucherten Fettgewebes. Die Dercumsche Krankheit wird definiert als allgemeine Fettleibigkeit mit Schmerzhaftigkeit, bei der aber die Fettinfiltrationen nicht den Charakter von Lipomen annehmen. Die endokrinen Drüsenstörungen sind Begleiterscheinungen. Steinbach faßt alles als degenerative Konstitution auf.

Thannhauser sagt: Obwohl die ursprünglich von Dercum beschriebene Krankheit auf den ersten Anschein von der diffusen Lipomatosis verschieden ist, gibt es hier zweifellos fließende Übergänge. Eine gewisse Ähnlichkeit des von Dercum beschriebenen Krankheitsbildes mit den symmetrischen und multiplen schmerzhaften Lipomen ist durchaus gegeben.

An Komplikationen können noch hinzu kommen und die Diagnose damit erschweren: Sklerodermie, Raynaudsche Gangrän, Osteomalazie, Osteoarthritis, Myxödem, congenitale Lues, Apoplexie, Herzaffektionen, epileptiforme Anfälle und epileptische Demenz. Am schwierigsten erscheint die Differentialdiagnose gegenüber der Recklinghausenschen Krankheit. Bei ihr besteht ausgesprochene Druckempfindlichkeit der Knötchen, die aber meist erheblich härter als bei der Adipositas dolorosa sind. Nach der Bezeichnung „Neurofibromatose" muß es sich ja da auch um eine Erkrankung der Nerven handeln, wie man sie der Lokalisation nach bei der Dercumschen

Krankheit nicht annimmt. Die Recklinghausensche Krankheit tritt gelegentlich auch im Gesicht und an den Händen auf; in solchen Fällen ist sie einwandfrei von der Adipositas dolorosa zu trennen, da bei dieser diese Lokalisation niemals vorkommt.

Schwenkenbecher macht auf eine Verwechslung mit schmerzhaften Lipomen aufmerksam, besonders bei Alkoholikern, die eine periphere Alkoholneuritis haben.

Grafe beschreibt einen ganz eigenartigen Fall, bei dem von Zeit zu Zeit Perioden auftraten, in denen sich ausgesprochene Gedunsenheit des ganzen Körpers einstellte. Diese Auftreibungen waren subjektiv mit dem Gefühl des „Brennens oder Platzens" verbunden. Ödeme waren nicht vorhanden. Wie weit man berechtigt ist, diesen Fall auch zur Adipositas dolorosa zu rechnen, ist schwer zu entscheiden, eher negativ, denn eine Adipositas dolorosa ohne spontane oder Druckschmerzhaftigkeit ist nach der Ansicht der meisten Autoren keine Dercumsche Krankheit. Gegen Myxödem spricht allerdings die nicht unternormale Stoffwechselbilanz.

Das Myxödem scheint relativ häufig als Kombination der Adipositas dolorosa aufzutreten, seltener ist eine solche mit Basedowscher Krankheit. Hirschfeld erwähnt nur drei Fälle unter 170. Dann ist natürlich umso mehr eine Klärung der Pathogenese der Dercumschen Krankheit in Frage gestellt.

Im Anschluß an diese Ergebnisse der Literatur möchte ich vier Fälle von Adipositas dolorosa mitteilen, die in der Medizinischen Universitätsklinik zu Rostock beobachtet wurden:

— 1. —

Frau B., 55 J. alt.

F. A.: Vater mit 80 J. gest., Mutter, Mann und zwei erwachsene Kinder gesund. In der Umgebung keine Erkrankungen.

E. A.: Als Kind Masern und Scharlach, mit 8 J. Diphtherie ohne Lähmungen. Menarche mit 18 J., 1900 eine schwere Zangengeburt, danach bds. eitrige Brustdrüsenentzündung. Sonst nie krank gewesen.

Jetzige Erkrankung: Vor drei J. bemerkte Pat. Knötchen im Oberschenkel, die dauernd und ziemlich stark schmerzten. Der behandelnde Arzt sagte, es seien Nervenknoten. Pat. wurde damals mit Massage, Bädern und Einspritzungen behandelt. Dann zwei J. ohne Behandlung. Jm August 1931 verstärkten sich die Schmerzen, dazu kam plötzlich auftretendes Knacken in den Gelenken, das dann auch plötzlich wieder verschwand. Pat. ist in den letzten drei J. bedeutend fettleibiger und schwerfälliger geworden. Die Fettpolster am Becken und an den Oberschenkeln sind schmerzhaft. Außerdem klagt Pat. über häufige Kopfschmerzen, die so stark sind, daß sie nicht schlafen kann. Seit einiger Zeit hat sie Herzklopfen und Atemnot und wird sehr rasch müde.

Status: Kräftige, stark adipöse Frau, 1,58 cm groß. Gewicht 170 Pfund. Knochenbau und Muskulatur kräftig. Keine Ödeme, Exantheme oder Drüsenschwellungen. Beckengürtel und Oberschenkel bes. stark adipös, beide Oberschenkel gleich stark. Jm Fettpolster der Oberschenkel fühlt man deutlich kleine Knötchen, die sowohl in der Ruhe als auch besonders auf Kneifen sehr schmerzhaft sind. Auch im Fettpolster der Hüften befinden sich palpable Gewebsverdichtungen mit großer Schmerzhaftigkeit. Die Unterschenkel sind auf Beklopfen sehr schmerzhaft. Keine Veränderungen am Skelettsystem.

Kopf nicht klopf- und druckempfindlich, normale Behaarung. Zunge feucht, nicht belegt. Gebiß defekt. Tonsillen o. B. Sichtbare Schleimhäute gut durchblutet.

Hals: Keine Struma, keine Drüsenschwellungen, etwas Pulsation im Jugulum.

Innere Organe:

Lungen: Klopfschall überall normal, Vesikuläratmen, keine Rasselgeräusche, Grenzen hinten bds. gleich hoch, gut verschieblich, ebenso rechts vorn.

Herz: Spitzenstoß nicht palpabel, absolute und relative Dämpfung nicht verbreitert, Töne rein, leise. Blutdruck 150/90, Puls gut gefüllt, regelmäßig.

Abdomen: weich, über Thoraxniveau, alte Striae, keine Narben. Leber und Milz nicht nachweisbar vergrößert. Druckempfindlichkeit in der Nierengegend (Fettpolster!). Keine Resistenzen, keine Bruchpforten nachweisbar.

Genitalien o. B.

Motilität: Abgesehen von der subjektiven allgemeinen Asthenie nicht stark beeinträchtigt. Gang und Bewegungen etwas unbeholfen und mühsam.

Nervensystem: Pupillen reagieren prompt auf Licht und Konvergenz, sind gleichweit und rund. Keine Störungen der übrigen Hirnnerven. Keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Physiologische Reflexe lebhaft aber nicht gesteigert. Keine pathologischen Reflexe.

Psyche: Pat. ist leicht erregbar und deprimiert, weint beim Untersuchen. Sie weint überhaupt oft, zwar nicht grundlos, aber aus verhältnismäßig geringen Anlässen. Sie ist auch sonst psychisch labil. Bei Anstrengungen bekommt sie Herzklopfen und ermüdet sehr rasch. Sie hat viel Migräne.

Blutbild: Hb = 90% Sahli, Ery = 4,808 Mill., Leuko = 8200, F. I. = 0,73, Plättchen —, Ausstrich: Segm. = 45%, Stab = 1%, Lympho. = 46%, Eosino. = —, Mono. = 7%, Baso. = 1%.

Leichte Anisocytose.

Wa R —.

Stoffwechseluntersuchung: Verminderung des Grundumsatzes um 9% und Steigerung bis zu 15,1% nach Eiweißkost.

Therapie: Zunächst bekommt Pat. Thyreoidin Glaser 4mal tgl. 1 Pulver, daraufhin traten Herzklopfen und Zittern ein, deshalb 3mal tgl. Thyreoidin Merck. Danach kein Herzklopfen und Zittern mehr. Die Adipositas geht zurück, wenn auch die Gewichtsabnahme nicht sehr rapid eintritt. Schmerzen und Stimmung zunächst wechselnd. Beim Verlassen der Klinik fühlt sich Pat. bei tgl. Aufstehen wohl. Das Gewicht beträgt 166 Pfund. Pat. bekommt die Weisung, noch weiter 2mal tgl. Thyreoidin zu nehmen.

Epikrise: Nach den genannten Symptomen handelt es sich um eine Adipositas dolorosa. Pat. ist stark adipös, in den Fettmassen sind knötchenförmige, lipomatöse Wucherungen vorhanden, die stark schmerzen. Der Grundumsatz war um 9% vermindert, die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung normal. Der Fall würde der ersten Form angehören. Pat. zeigt eine psychische Veränderung im Sinne einer Depression, weint häufig, klagt über Kopfschmerzen und ist leicht erregbar. Die rasche Ermüdbarkeit und das mühevolle Sichfortbewegen lassen leicht die Adynamie erkennen.

Es wurde auch im Hinblick auf den Stoffwechselbefund Thyreoidin verabreicht, das deutliche Besserung erzielte. Die Schmerzen nahmen ab, die Psyche ist wesentlich gleichmäßiger geworden. Das Gewicht ging zurück.

Auf meine Aufforderung hin war es mir möglich, mich nochmals über das Befinden der Pat. zu orientieren. Die Fettleibigkeit hat seit ihrem Weggang weiter abgenommen. Die Kneifschmerzhaftigkeit ist noch vorhanden, besonders an den Oberschenkeln, aber nicht mehr in dem starken Maße wie zu Beginn der Krankheit.

In ihrem psychischen Verhalten zeigt sie nur geringe Niedergeschlagenheit und weint auch nicht mehr so viel wie früher.

Auswärts ist sie seit kurzer Zeit wieder in Behandlung.

— 2. —

Frau M. 34 J. alt.

F. A.: o. B.

E. A.: Als Kind Masern und Lungenentzündung. Menarche mit 14 J., o. B., 8 normale Partus, 1mal Zwillinge, beide gest., 2 Aborte. Seit 7 J. sind die menses unregelmäßig, angeblich nur alle Vierteljahre, die letzten vor 6 Wochen, schwächer als früher, nur 2 Tage dauernd, leichte Schmerzen dabei im Rücken und im Leib.

Jetzige Erkrankung: Seit 1 J. starke Gewichtszunahme, etwa 20 Pfund, das Fettpolster ist überall schmerzhaft, bes. in den fettesten Teilen. Aufsteigende Hitze, zeitweise Kältegefühl, innere Unruhe, allgemeine Nervosität, alle diese Beschwerden etwa seit einem Jahr. Im Juli 1930 Nabelbruchoperation, im Oktober 1930 Entfernung des Steißbeines wegen einer Fistel, im Februar Operation wegen Hängeleibs. Pat. wurde aus der Chirurg. Klinik überwiesen, wo zweimal

Plastiken wegen eines erheblichen Hängeleibs mit großer Fettschürze gemacht wurden. Pat. leidet augenblicklich an Magenbeschwerden, diese Angaben werden von ihr zunächst gegenüber der Adipositas dolorosa in den Vordergrund gestellt.

Status: Große blasse, außerordentlich fettleibige Frau, 1,65 m groß, 191 Pfund Gewicht. Die Fettleibigkeit ist eine allgemeine, an den Oberschenkeln fällt bds. ein bes. dicker Fettwulst auf, ebenso an den Oberarmen. In diesen fettesten Teilen besteht eine starke Druck- und Kneifschmerzhaftigkeit. Starker Knochenbau, Muskulatur mäßig entwickelt. Haut und Schleimhäte gut durchblutet. Braune fleckige Pigmentation auf Brust und Rücken. Keine Ödeme, keine Varizen.

Kopf: nicht klopf- und druckempfindlich, Gebiß sehr defekt, Zunge feucht, nicht belegt, Rachen o. B.

Hals: keine Struma, keine Drüsenschwellungen.

Thorax: breit, kurz, gut gewölbt, symmetrisch, ausgiebige A. E., Herzgrenzen wegen der Adipositas nicht exakt feststellbar, Spitzenstoß nicht fühlbar, Töne leise, rein, Aktion regelmäßig, nicht beschleunigt.

Lunge: Grenzen hochstehend, verschieblich, auskultatorisch und perkutorisch o. B.

Abdomen: Bauchdecken sehr adipös, schlaff. Resistenzen nicht fühlbar. Druckschmerz über dem ganzen Epigastrium. Quer über den ganzen Unterbauch eine rot gefärbte, etwa 50 cm lange Narbe, die von der Fettschürzenoperation herrührt.

Motilität: Pat. kann sich nur schwer fortbewegen, zeigt hochgradige Schwäche, wird außerordentlich schnell müde, es sind also deutlich Zeichen von Adynamie vorhanden. Keine Sensibilitätsstörungen, Hirnnerven o. B., Reflexe alle regelrecht. In der Augenklinik konnte kein pathologischer Befund erhoben werden, Hypophyse o. B.

Psyche: Pat. leidet an innerer Unruhe, an allgemeiner Nervosität. Sie kann oft nicht schlafen, hat Kältegefühl, allgemeine Schwäche, leidet an depressiven Stimmungen.

Blutbild: Hb = 92% Sahli, Ery = 4,64 Mill., Leuko = 10366, F. I. = 1,0; Ausstrich: Segm. = 68%, Stab = 6%, Lympho = 19%, Eosino = 4%, Mono = 3%.

Wa R = negativ.

Urinbefund: gelb, stark getrübt, 1032, sauer; Alb. Spur, Sacch. —, D. —, Ur. —, Ug. Spur, Sed.: reichlich Leuko, reichlich Epi, vereinzelte Ery.

Stoffwechseluntersuchung: Fortlaufende Untersuchungen ergeben Werte des Grundumsatzes von + 10%, + 17,7%, + 13,2%, + 0,28%, bei der letzten Untersuchung + 14%.

Wasserversuch: Verdünnung bis zu einem spez. Gew. von 1000, Konzentration bis 1030.

Therapie: 3mal 1 Tabl. Inkretan, später 3mal 0,1 Thyreoidin, sofortige Gewichtsabnahme, erhebliche Besserung der starken Schmerz-

haftigkeit und der allgemeinen Nervosität. Pat. wird euphorisch. Bei der Entlassung nach vorübergehender Schwankung Gewichtsabnahme um 6 Pfund.

Epikrise: Es handelt sich ebenfalls um eine Adipositas dolorosa mit ihren typischen Symptomen. Das Fett ist diffus am ganzen Körper verteilt. Das vor der Operation schürzenförmig herabhängende Fettpolster am Bauch ist charakteristisch für die dritte Form. Die große Schmerzhaftigkeit der fettesten Teile, die diffuse Verteilung, leichte Ermüdbarkeit und große Schwäche, depressive psychische Veränderungen sind die typischen Zeichen. Auch blasses Aussehen und Kältegefühl sind bei derartigen Pat. beobachtet worden. Von den eigenartigen Pigmentationen, die Pat. aufweist, ist auch in der Literatur mehrfach geschrieben. In diesem Falle war der Grundumsatz nicht vermindert. Die Diagnose wurde durch die Wirkung der spezifischen Therapie mit Thyreoidin bestätigt.

Nach Rücksprache mit der Pat. konnte ich folgendes feststellen:

Ihr Zustand hat sich inzwischen nur wenig gebessert. Im Vordergrund ihrer jetzigen Klagen stehen Schmerzen in der Gallenblasengegend. Die Fettleibigkeit hat eher wieder zugenommen, da die Pat. auch die Diät nicht hält. Die Schmerzhaftigkeit der Fettmassen scheint mir aber doch wesentlich verringert.

Pat. klagt über häufige Schwindelanfälle und rasche Ermüdbarkeit. Ihr psychisches Verhalten zeigt nicht mehr so hohe Grade von Niedergeschlagenheit.

In Behandlung ist Pat. jetzt nicht mehr.

— 3. —

Frau Bi. 53 J. alt.

F. A.: Mutter mit 42 J. an Tbc. pulm. gest.

E. A.: Als Kind, als jg. Mädchen und als jg. Frau Diphtherie. Menarche mit 16 J., Periode stark, ohne Beschwerden. Bei den ersten zwei Kindern Brustdrüsenentzündung (Operation). 6 gesunde Kinder, eins an Untergewichtigkeit gest. Während dieser Schwangerschaft Gallenblasenkoliken. 6 Wochen nach der Geburt nochmalige Kolik, später keine weiter. Daran anschließend Alexander-Adams und angebliche Operation an einem Eierstock. 9 J. später Radikaloperation. Danach angeblich vorübergehend Ischias.

Seit der Radikaloperation zunehmender Fettansatz mit Schmerzen bes. im lk. Oberarm und beiden Knien, lks. stärker als rechts.

Weitere 7 J. später Bruchoperation. Im gleichen Jahre trat Pat. in ärztliche Behandlung wegen der Beschwerden von seiten der Adipositas: dumpfe Schmerzen in Knien und Fußgelenken, die unabhängig von Bewegungen auch im Liegen auftreten. Oft große Müdigkeit und Schwäche, Niedergeschlagenheit, Pat. weint sehr viel.

Status: Mittelgroße Frau, sehr adipös, 85 kg, das Fett ist diffus am ganzen Körper verteilt, das Abdomen hängt stark herab. Schlechtes Aussehen, blasses, schmales Gesicht. Sichtbare Schleimhäute leidlich durchblutet.

Rachen, Zunge, Zähne o. B.; Pupillen: keine Differenz, normale Reaktion.

Hals frei von Drüsen.

Thorax o. B. Herz und Lunge intakt.

Abdomen: Bauchdecken sehr schlaff und adipös, seitlich überhängend. Außer in der lk. Nierengegend keine Druckempfindlichkeit. Alte Operationsnarbe.

Genitale s. Anamnese.

Die Fettmassen an den Oberarmen und Knien sind bes. schmerzhaft bei Bewegungen, auch in Ruhe werden Schmerzen angegeben, lks. stärker als rechts. An den sehr fettreichen Extremitäten fällt bes. die eigenartige Lokalisation an den äußeren Knöcheln auf.

Motilität entsprechend der starken Adipositas. Schwerfällige Bewegungen und ebensolcher Gang, bei beiden Schmerzen und subjektives Schwächegefühl.

Sensibilität: Zeitweise verschieden starke Druckempfindlichkeit des subkutanen Fettpolsters, deren Lokalisation ebenfalls wechselt.

Physiologische Reflexe in normaler Stärke.

Psyche: Starke Neigung zu Depressionen und hypochondrischer Betrachtung des Gesundheitszustandes. Pat. weint viel und ist leicht gereizt.

Blutbild: Hb = 78,5% Sahli, Ery = 4,688 Mill., Leuko = 9511, F. I. = 0,85; Ausstrich: Segm. = 47%, Stab = 12%, Lympho = 35%, Eosino = 1%, Mono = 5%.

Kath. Urin: strohgelb, trübe; Alb. Spur, Sacch. —, D. —, Ur. —, Ug. —, spez. Gew. 1018, sauer; Sed.: leicht vermehrte Leuko, viele Bakt.

Wa R —.

Stoffwechsel: Grundumsatz = — 6%.

Therapie: Mit Thyreoidin wird Gewichtsabnahme und vorübergehend allgemeine Besserung der Schmerzen und der depressiven Stimmung erreicht.

Nach dem Verlassen der Klinik ist Pat. nicht noch einmal gestoffwechselt worden, ist aber inzwischen wiederholt in Behandlung gewesen. Vorübergehende Besserung auf Thyreoidin ist immer eingetreten, ein vollständiger Erfolg aber keineswegs.

Bei der letzten Beobachtung vor 1½ Jahren standen im Vordergrund die psychischen Symptome, die Depressionen, hypochondrischen nervösen Störungen neben den Schmerzen im Fett.

Weiter konnte ich noch erfahren, daß die Tochter der Pat. klein, zierlich, etwas fett ist und an einer chronischen gutartigen Hypothyreose mit gesenktem Grundumsatz litt und auf Thyreoidingaben hin gut reagierte. Die übrigen Kinder der Pat. sind groß, schlank, nicht fettleibig und sehr gesund.

Epikrise: Es handelt sich nach den geschilderten Symptomen um eine Adipositas dolorosa der dritten Form. Die Pat. hat große Fettmassen bes. am Bauch, an den Oberarmen und Knöcheln. Die Fettmassen sind druckempfindlich, bes. an den Oberarmen und Knien. Das subjektive Schwächegefühl und die rasche Ermüdbarkeit deuten auf die Adynamie hin. Schwer depressive Stimmungen vervollkommnen das Bild. Typisch ist in diesem Falle der zunehmende Fettansatz und der Beginn der Schmerzen direkt nach der Radikaloperation. (Vergl. die Auffassung H. Curschmanns über den Beginn der Adipositas dolorosa mit Beginn der Klimax.) Der Grundumsatz war in diesem Falle ein wenig (— 6%) vermindert. Auf Thyreoidin erfolgte vorübergehende Besserung des Zustandes.

— 4. —

Frau St., 44 J. alt.

F. A.: Vater gesund, Mutter an Lungenentzündung und Schlaganfall gestorben. 9 Geschwister gesund.

E. A.: Von Kinderkrankheiten weiß Patientin nichts anzugeben. Die Regel trat mit 14 J. zum 1. Mal auf, setzte mit 17 J. ¼ J. lang aus. Als sie wieder auftrat, kam heftiges Magenbluten hinzu. Nach 8 Wochen langer Behandlung im Krankenhaus sind derartige Beschwerden nicht wieder aufgetreten. Mit 28 J. machte Patientin eine Lungenentzündung und Grippe durch, die ohne Nachbeschwerden blieb. Im 37. Lebensjahr hörte Pat. einmal Stimmen, wurde darauf in eine Nervenheilanstalt gebracht, jedoch wiederholte sich dieses Erlebnis nicht mehr. Vor 3 Jahren wurde Pat. in die Klinik eingeliefert. Sie klagte damals über Kribbeln und ein Gefühl von Lähmung, hauptsächlich im lk. Bein, das seit dem Aufenthalt in der Nervenklinik eingetreten sein soll. Das Bein soll auch manchmal geschwollen gewesen sein. Weiterhin äußerte sie Schmerzen in den Kniegelenken, den obersten Halswirbeln, der Lendenwirbelsäule, den Ellenbogen und der Schulter. Die Schmerzen in den Knien waren sehr heftig, sodaß Pat. nicht lange gehen und stehen konnte. Beim Gehen hatte sie das Gefühl, als ob die Gelenke heiß würden. Sie wurde damals mit Besserung ihrer Beschwerden entlassen.

Jetzige Erkrankung: Die Schmerzen in den Kniegelenken und Beinen sind immer noch vorhanden. Neu hinzugetreten ist ein besonders starkes „Brennen" im rechten Bein oberhalb des Sprunggelenkes. Pat. klagt über starke Schmerzhaftigkeit des Fettpolsters am ganzen Körper. Besonders ist es am Bauch und an den Oberschenkeln, aber auch an den Oberarmen ausgebildet. Die Schmerzhaftigkeit tritt

auch unabhängig von Bewegungen ein. Ferner klagt Pat. über häufig aufsteigendes Hitzegefühl und gibt an, daß die Menses vor 3 Jahren einmal ca. 6 Monate ausgeblieben, seitdem aber wieder regelmäßig aufgetreten sind. Seit kurzer Zeit hat Pat. Atemnot beim Stiegensteigen. Herzklopfen soll nicht bestehen. Häufige Kopfschmerzen im Hinterkopf treten seit etwa 14 Tagen besonders heftig auf, auch klagte Pat. über Rauschen und Hämmern im Kopf. Sie weint auch öfters und leidet viel an depressiven Stimmungen, auch ermüdet sie außerordentlich rasch bei der Arbeit.

Status: Große, kräftige, sehr adipöse Frau in gutem E.-Z., etwa 160 cm groß, Gewicht 171 Pfund. Der Knochenbau ist kräftig, die Muskulatur mittelkräftig. Das Fettpolster ist außerordentlich stark entwickelt, besonders am Bauch und an den Oberschenkeln. Das Fettpolster ist beim Kneifen und bei Druck stark schmerzhaft, in den fettesten Teilen am stärksten. Haut und Schleimhäute gut durchblutet. An beiden Unterschenkeln Varicen, keine Ödeme.

Kopf: klopf- und druckempfindlich, Zähne am Oberkiefer verhältnismäßig gut, am Unterkiefer stark lückenhaft. Zunge feucht, nicht belegt, Tonsillen o. B.

Hals: Keine tastbar vergrößerten Drüsen nachweisbar, keine Struma.

Thorax: Kräftiger, etwas breiter Thorax, Atemexkursionen gut und gleichmäßig.

Lungen: Grenzen an normaler Stelle, gut verschieblich, perkutorisch und auskultatorisch o. B.

Herz: Grenzen erscheinen nicht verbreitert. 2. Pulmonalton gespannt, erste Töne dumpf, sonst o. B. Aktion regelmäßig.

Blutdruck 140/75.

Abdomen: weich, über Thoraxniveau, außerordentlich stark entwickeltes Fettpolster, das auf Druck und Kneifen stark schmerzt. Leber und Milz nicht nachweisbar vergrößert.

Genitale o. B.

Extremitäten: Die Fettmassen an den Ober- und Unterschenkeln und an den Oberarmen sind stark entwickelt und auf Kneifen und spontan sehr schmerzempfindlich. Der linke Fuß und Unterschenkel sind geschwollen. Varicen an beiden Unterschenkeln. Pedes plani beiderseits.

Motilität: Infolge der starken Adipositas ist der Gang unbeholfen und schwerfällig und verursacht heftige Schmerzen in den Oberschenkeln. Pat. ermüdet rasch.

Nervensystem: Pupillen reagieren gut auf L. und K., sind gleich weit und rund. Alle physiologischen Reflexe sind vorhanden; Bauchdeckenreflex infolge der Adipositas nicht auslösbar. Keine pathologischen Reflexe. In der Augenklinik wurde kein pathologischer Befund erhoben.

Hypophyse o. B.

Psyche: Pat. ist leicht erregbar und zeigt häufige Depressionen, weint auch öfters und hat öfters Kopfschmerzen.

Blutbild: Hb = 85% Sahli, Ery = 4,112 Mill., Leuko = 8670, F. I. = 1,04. Ausstrich: Segm. = 68%, Stab = 8%, Lympho = 34%, Mono = 4%.

Wa R = negativ.

Urinbefund: hellgelb, klar, 1024, sauer, Alb —, Sacch. —, Ur. —, Ug. —. Sed.: ganz vereinzelt Leuko.

Stoffwechseluntersuchung: Grundumsatz + 4%.

Wasserversuch: Verdünnung bis zu einem spez. Gew. von 1002, Konzentration bis 1024.

Adrenalinversuch: ergab Erhöhung des Blutzuckergehaltes bis 0,18% und Erhöhung der Pulszahl bis 90, der Blutdruck wurde nicht erhöht.

Therapie: Pat. bekommt zunächst 3mal tgl. 0,1 Thyreoidin, später langsam herabgehend auf tgl. 1mal 0,1 Thyreoidin. Es tritt Gewichtsabnahme ein und die Schmerzhaftigkeit der Fettmassen nimmt langsam ab. Auch das psychische Befinden der Patientin bessert sich. Nach 3 Wochen langer Behandlung ist Pat. so weit gebessert, daß sie in beschwerdefreiem Zustand mit einer Gewichtsabnahme von 6 Pfd. entlassen werden kann. Pat. bekommt die Weisung, noch weiter Thyreoidin in kleinsten Dosen zu nehmen, gegen die Gelenkschmerzen bekommt Pat. Artamin.

Epikrise: Nach den vorhandenen typischen Symptomen handelt es sich um eine Adipositas dolorosa der 3. Form. Das Fettpolster ist überall reichlich entwickelt, besonders am Bauch und an den unteren Extremitäten und ist auf Druck und Kneifen überaus schmerzempfindlich, deutliche Adynamie ist vorhanden. Der Grundumsatz war in diesem Falle nicht vermindert, Pat. zeigte Zeichen schwerer depressiv-psychischer Veränderungen; auch die Stimmen, die sie einmal gehört hat, deuten vielleicht darauf hin. Die Diagnose wurde durch die prompt eintretende Wirkung der Theraphie mit Thyreoidin bestätigt.

Zusammenfassung.

Es wurden vier Fälle von Adipositas dolorosa beschrieben, einer der ersten Form angehörig, nämlich mit knötchenförmig angeordneten Fettgeschwülsten, und drei Fälle der häufigsten 3. Erscheinungsform, d. h. mit diffus verteilten Fettansammlungen, die der gewöhnlichen Adipositas am ähnlichsten sieht und ganze Körperteile befällt. Alle vier Fälle glichen völlig dem Typus von Dercum und Vitaut. Sie ließen keinerlei hypophysäre Symptome erkennen, dagegen waren Keimdrüsenstörungen bei allen vorhanden. Der Stoffwechsel war in zwei Fällen leicht erniedrigt, in zwei Fällen normal. Die spezifisch dynamische Eiweißwirkung war in einem Falle nicht vermindert. In allen vier Fällen konnten gute, wenn auch nicht dauernde Erfolge mit Thyreoidin erzielt werden.

Literaturverzeichnis

1. Babonneix L. et Spanowsky: Deux cas d'adipose douloureuse, Bull. et mem. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jg. 29 Nr. 311 913.
2. Behr Karl: Sehnervenentzündungen bei Störungen der inneren Sekretion im Verlauf der Adipositas dolorosa (Dercumsche Krankheit). Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. 71 H. 4 1921.
3. Bernhardt: Dercumsche Krankheit, Verein f. inn. Medizin, Sitzg. 16. Mai 1927. Berlin, Med. Klinik 1927 (II.).
4. Biedl Arthur: Innere Sekretion.
5. v. Bergmann-Staehelin: Handbuch der Inneren Medizin (Artikel von Lichtwitz).
6. Bifflis Piero: Interno all' adiposi dolorosa (mallatia di Dercum), zit. nach Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. 11. 1914.
7. Boller Reinhold: Ein Beitrag zur Behandlung der Adipositas dolorosa. Klin. Wschr. 1913. 1.
8. Bolte: Geistesstörungen bei Dercumscher Krankheit. Dtsch. Med. Wschr. 1911, 1.
9. Byloff Karl: Ein Fall von abnormer Fettwucherung und Fettverteilung. Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilkunde Wien, zit. nach Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. 2. 1912.
10. Camus et Benoît: Sur un cas de Maladie de Dercum, zit. nach Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. 1912.
11. Claude et Sézary: Adipose douloureuse avec asthenie action remarquaole de l'opotherapie thyreidienne. Gaz. des hôp. 86, 1913.
12. Curschmann Hans: Endokrine Krankheiten.
13. ders.: Über Adipositas dolorosa. Med. Klinik Nr. 27, Jg. 1913.
14. Dammann Karl: Zur Pathologie der Adipositas dolorosa. Frankfurter Zeitschrift f. Pathol. 12, 1913.
15. Dercum F. G.: A case of adiposis dolorosa with joint changes. Journ. of nerv. a mental. dis. 39, zit. nach Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. 5, 1912.
16. Dervis Th.: Dercumsche Krankheit, behandelt mit Sanarthrit. Dtsch. Med. Wschr. 1924.
17. v. Domarus A.: Grundriß der inneren Medizin.
18. Esders Hermann: Über Adipositas dolorosa, mit Beschreibung von zwei Fällen. Diss. Breslau 1930.
19. Falta Wilhelm: Die Erkrankungen der Blutdrüsen.
20. Fischer Heinrich: Ein Fall von Dercumscher Krankheit und seine Beziehungen zu den Blutdrüsen. Monatsschrift f. Psych. u. Neurolog. Bd. 35, H. 4, S. 307, 1914.
21. Frowein B.: Zur Kenntnis der Adipositas dolorosa. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. 72, H. 1/2, 1921.
22. Ginsburg: Diagnostische Bedeutung der Bestimmung der Blutgerinnung bei endokrinen Erkrankungen; aus Ascher-Biedl, Endokrinologie 6.
23. Gram H. C.: A Symptom-triad of the post climacteric period. (Adipositas doloroso, Arthritis genuum, Hypertensio arterialis.), zit. nach Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. 1931.
24. Güntz E.: Dercumsche Krankheit mit Gelenkveränderungen und Glycosurie. Klin. Wschr. 1928, Jg. 7, Nr. 23
25. Grafe E.: Die Krankheiten des Stoffwechsels und ihre Behandlung 1931.
26. ders.: Zur Kenntnis der Adopositas dolorosa. Münch. Med. Wschr. Jg. 67, Nr. 12, S. 339, 1920.
27. Herrmann W.: Über Dercumsche Krankheit. Diss. Königsberg 1925.
28. Hirschfeld R.: Die Dercumsche Krankheit (Adipositas dolorosa). Handbuch der Neurologie Bd. 4.
29. Jülich: Zur Nosologie und Therapie der Dercumschen Krankheit, zit. nach Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. 1925, Nr. 37.

30. Kaufmann F.: Über Adipositas dolorosa. Archiv f. Neurol. und Psych. Bd. 9, H. 1., 1921.
31. Kindberg Erich: Innere Medizin 1912.
32. Klieneberger Otto: Über Adipositas dolorosa. Med. Klin. Jg. 9, Nr. 47, S. 1924.
33. Lazzarini Lanfranco: Contributo allo studio dell' adiposi dolorosa, zit. nach Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. Nr. 58, 1930.
34. Magnus-Alslben: Vorlesungen über Innere Medizin.
35. Matthes M.: Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten 1928.
36. Mehring-Krehl: Lehrbuch der inneren Medizin.
37. Middlweek F.: Adiposis dolorosa. Brit. Med. Journ. 2, S. 1818, 1910.
38. Mouriquand Georges: Les orientations cliniques, pathogéniques, et thérapentiques nouvelles de la question de l'enfant, zit. nach Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. 9, 1913.
39. Mühlpfordt H.: Noduläre Form des Morbus Dercum mit ungewöhnlicher Beteiligung der gesamten Haut. Ascher-Biedl, Endokrinologie 2, 1928.
40. Myers B.: Case of adiposis dolorosa. Proceedings of the Royal Society of Medicine 15, 1921/22.
41. Nölle: Ein Fall von familiärem Auftreten der Adipositas dolorosa (Dercumsche Krankheit, noduläre Form). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 77, H. 1/2, 1922.
42. v. Noorden: (Artikel von Arthur Weiß) Adipositas dolorosa. Grenzgeb. der Med. und Chir. 7, 56, 1907.
43. v. Noorden: Die Fettsucht. 1910.
44. Page H.: Chemische Untersuchungen bei Dercumscher Krankheit, zit. nach Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. 1930, Nr. 62.
45. Plate Erich: Ischiasähnliche Schmerzen bei einem Fall von Adipositas dolorosa und bei einem Fall von partieller Bauchmuskellähmung, zit. nach Zentralblatt f. d. ges. inn. Med. 8. 1913.
46. Price G. F.: Adiposis dolorosa, zit. nach Zentralblatt f. d. ges. inn. Med. 1909, 1.
47. ders. und Bird: Adiposis dolorosa. Report of a case with increases sugary tolerance und epileptiform convulsions. Journ. of the american. med. association, Bd. 84, Nr. 4, 1925.
48. Reichmann Frieda: Zur Schilddrüsenbehandlung der Dercumschen Krankheit. Dtsch. Med. Wschr. 49, 31. 1923.
49. Sellerin Maurice: Contribution à l'étude de l'adipose douloureuse (syndrome de Dercum). Paris 1903, Thèses medicales Nr. 247.
50. Steinbach Marg.: Diss. Leipzig 1925. Zur Frage der Lipomatosis multiplex und der Dercumschen Adipositas dolorosa.
51. Stöckenius: Med. Ges. Sitzg. Mai 1927. Gießen, Med. Klin. 1927.
52. Strauß-Boehnheim: Innere Sekretion und praktische Medizin.
53. Strümpell-Seyfarth: Lehrbuch der spez. Pathol. und Therapie der inneren Krankheiten.
54. Thannhauser J. S.: Stoffwechsel und Stoffwechselkrankheiten.
55. Umber Friedrich: Ernährung und Stoffwechselkrankheiten.
56. Vitaut Louis: Maladie de Dercum (Adipositas dolorosa). Thèses médicales 1900/1901, Nr. 160, Lyon 1901.
57. Voit F.: Fettsucht. Neue deutsche Klinik 1929, 3.
58. Waldorp Carlos: An orig. clinical interpretation of Dercum Disease. Endocrinology 1924, Bd. 8. Nr. 1.
59. Walton A. J.: A clinical lecture on the sugary of the pituitary gland., zit. nach Zentralbl. f. d. ges. inn. Med. Bd. 19, 1921.
60. Weygandt: Über Dercumsche Krankheit. Ges. f. Neurologen und Psychiater, Groß-Hamburg, Sitzg. vom 24. Febr. 1928.
61. Zondek H.: Die Krankheiten der endokrinen Drüsen. 1926.

Lebenslauf

Ich wurde am 1. September 1907 als Tochter des Ersten Bürgermeisters Hotop in Großenhain bei Dresden geboren, besuchte die dortige und später die Dresdner Bürgerschule und ging nach dreijährigem Besuch der Altstädter Höheren Mädchenschule auf die Studienanstalt über, wo ich nach sechsjährigem Besuch dieser Anstalt das Zeugnis der Reife erhielt. Mein Studium absolvierte ich an der Technischen Hochschule Dresden und den Universitäten München, Würzburg, Wien und Rostock. Nach viersemestrigem Studium der Naturwissenschaften ließ ich mich in die Medizinische Fakultät eintragen und legte das Physikum nach sechs vorklinischen Semestern ab, nach weiteren fünf Semestern das medizinische Staatsexamen.

Ehrenwörtliche Erklärung.

Hierdurch versichere ich, vorliegende Arbeit selbständig ohne fremde Hilfe verfaßt und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt zu haben.

Käte Hotop.

Zum Schluß der Arbeit bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Curschmann für die liebenswürdige Überlassung des Themas und seine fördernden Ratschläge bei der Anfertigung der Arbeit ergebenst zu danken.